



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

TERAPIA OCUPACIONAL

VANESSA PEREGRINOPEREIRA

**A IMAGEM CORPORAL E A INFLUÊNCIA NA
SEXUALIDADE DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Brasília – DF

2013

A IMAGEM CORPORAL E A INFLUÊNCIA NA SEXUALIDADE DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.
Professora Orientadora: Prof^ªMs^a Leticia Meda VendrusculoFangel

Brasília – DF

2013

PEREGRINO, Vanessa Pereira

A Imagem Corporal e a Influência na Sexualidade de Mulheres Mastectomizadas/

Vanessa Peregrino Pereira.- Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

f 44. : il.

Monografia(Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof^ªMs^a Leticia Meda VendrusculoFangel.

1. Imagem corporal.
2. Sexualidade.
3. Câncer de Mama.
4. Mastectomia.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura:

VANESSA PEREGRINO PEREIRA

**A IMAGEM CORPORAL E A INFLUÊNCIA NA SEXUALIDADE DE MULHERES
MASTECTOMIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel
em Terapia Ocupacional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ªMs^a Letícia Meda VendrusculoFangel
Universidade de Brasília

Prof^ªDr^a. Paula Elaine Diniz dos Reis
Universidade de Brasília

Prof^ªDr^a. Liana Barbaresco Gomide
Universidade de Brasília

Brasília, 02 de Dezembro de 2013

Dedico este trabalho a mulheres que vivenciaram o câncer de mama, às entrevistadas do mesmo, pois me deram exemplo de vida, garra e luta. E dedico a Izelma Chaves e Maria da Paixão(in memoriam), pacientes que atendi no período de estágio final e despertaram em mim a certeza de ser uma Terapeuta Ocupacional. Por todas elas, escrevo este trabalho.

Dedico a minhas amigas da Unb que tanto lutam pelo nosso sonho de sermos Terapeutas Ocupacionais. E dedico especialmente a minha família, ao meu pai Carlos, que sempre esteve ao meu lado e me ajuda a ser uma pessoa íntegra. E a minha mãe D'arc, que é minha fonte inesgotável de amor, apoio, força e confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, e por ter me proporcionado a oportunidade de cursar Terapia Ocupacional.

Agradeço a minha família, pois eles me deram apoio e ajuda durante todos esses anos de UnB e pelas palavras de inspiração e força.

Agradeço aos amigos que conquistei ao longo da vida. Por escutarem minhas histórias diárias de pacientes e de projetos de pesquisa, pela ajuda e apoio sempre regado a muito bom humor.

Agradeço aos amigos da Unbpor estarem comigo em todo esse trajeto.

Agradeço a todos os professores que ajudaram na minha formação.

Agradeço aos profissionais do Cacon e da Mastologia do HUB que me auxiliaram do decorrer da pesquisa, e foram muito receptivos.

Agradeço a professora Paula Diniz e a professora Liana Gomide por aceitarem avaliar esse trabalho.

Agradeço especialmente a professora Leticia, pessoa escolhida por Deus para me inspirar para o trabalho da Terapia Ocupacional na área da Oncologia. Agradeço por ter me ensinado, pela experiência, apoio, dedicação, e muita paciência no decorrer desse ano, por ser uma professora diferenciada e por aceitar orientar esse trabalho.

Muito Obrigada

RESUMO

Introdução: O câncer de mama tem se tornado um problema de saúde pública e, apesar de ser considerado um câncer de bom prognóstico, as taxas de mortalidade vêm aumentando no Brasil, principalmente por ser diagnosticado em estágios avançados. Existem vários tipos de tratamentos utilizados para o câncer de mama, uma delas é a cirurgia não conservadora - a denominada mastectomia - que traz grandes repercussões na vida da mulher pelo fato de ser uma cirurgia de amputação de um órgão de adorno que tem uma grande representação cultural e é considerado símbolo de feminilidade, sensualidade e sexualidade. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é compreender se a imagem corporal influencia na sexualidade de mulheres mastectomizadas e analisar a relação entre esses dois fatores. **Metodologia:** O método utilizado foi o da abordagem qualitativa aplicada à saúde. A técnica da coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada que ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi gravada, transcrita e interpretada embasada na análise de Bardin, que propõe um conjunto de técnicas de análise de comunicação e interpretação das mensagens. **Resultados:** A análise dessas categorias demonstrou que após a mastectomia, as mulheres apresentaram alterações em sua imagem corporal que geram prejuízos na vida cotidiana, relacionadas a atividades do dia-a-dia e também gerou influências na sexualidade em tais aspectos: a alteração da imagem corporal e a falta da mama repercutem em sentimentos ligados a insegurança, medo de rejeição do marido, e baixa autoestima reduzindo o desejo sexual e trazendo prejuízos na sexualidade. Porém também foi apresentado que as mulheres mastectomizadas conseguem criar estratégias de enfrentamento relacionadas à espiritualidade, religiosidade, pensamento positivo para lutar contra o câncer e os prejuízos trazidos por ele. **Conclusão:** O estudo mostra a importância de uma assistência multiprofissional para mulheres mastectomizadas, pois, estão vivenciando momentos de fragilidade e adoecimento, sendo necessário o auxílio de profissionais de saúde que apoiem, escutem e respeitem a mulher e o seu contexto de vida. E dentro dessa equipe multiprofissional, vê-se a necessidade de um terapeuta ocupacional, para o auxílio na reabilitação de funções físicas e psicológicas e papéis sociais que foram perdidas ou esquecidas durante esse processo.

Palavras-chave: Imagem Corporal, Sexualidade, Câncer de Mama, Mastectomia.

ABSTRACT

Introduction:Breast cancer has become a public health problem and, despite being considered a cancer with a good prognosis, mortality rates have been increasing in Brazil, mostly diagnosed at advanced stages. There are several types of treatments used for breast cancer, one of them is not conservative surgery, a mastectomy, which has impact on the lives of women to be a surgical amputation of a body adornment that has a large representation cultural and that are considered a symbol of femininity, sensuality and sexuality. Objective: The aim of this study is to understand whether body image influences the sexuality of women with mastectomies and analyze the relationship between these two factors. **Methodology:** The method used was qualitative approach applied to health. The technique of data was semi-structured interview that occurred upon signing the Informed Consent Form (ICF). The interview was recorded, transcribed and interpreted grounded in analysis of Bardin, which proposes a set of analysis techniques of communication and interpretation of messages. **Results:** The analysis of these categories showed that after mastectomy, women showed changes in their body image that generate losses in daily life activities related day-to - day and also generated influences on sexuality in such aspects: the change of body image and lack of breast resonate with feelings related to insecurity, fear of rejection of the partner, low self-esteem and reducing sexual desire and causing losses in sexuality. However it was also shown that women with mastectomies can create coping strategies related to spirituality, religiosity, positive thinking to fight cancer and damage brought by him. **Conclusion:** The study shows the importance of multidisciplinary care for women with mastectomies, pre -or post- surgery, as they are experiencing moments of weakness and illness, requiring the help of health professionals who support, listen and respect the woman and their context of life. And within this multidisciplinary team, sees the need for an occupational therapist to aid in the rehabilitation of physical and psychological functions and social roles that have been lost or forgotten during this process.

Keywords: Body Image, Sexuality, Breast Cancer, Mastectomy .

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Características antropométricas, clínicas e sócio demográficas das participantes.....	25
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD's Atividades básicas de vida diária

AIVD's- Atividades instrumentais de vida diária

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CEP/FS- Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

HDA- Hospital Docente Assistencial

HSU- Hospital dos Servidores da União

HUB- Hospital Universitário de Brasília

HOPE- College of Occupational Therapist

INCA- Instituto Nacional do Câncer

TLCE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1.

INTRODUÇÃO.....122.

REFERENCIAL

TEÓRICO

.....152.1.A Mastectomia e a Influência
na Imagem Corporal e Sexualidade.....15 2.2.Imagem
Corporal.....152.3.Sexualida
de.....16

2.4. Contribuições da Terapia Ocupacional na Assistência a Mulheres
Mastectomizadas.....17

3.JUSTIFICATIVA.....20

4.OBJETIVOS.....21

4.1.Objetivo

Geral.....214.2.

Objetivos

Específicos.....215.

METODOLÓGICA

.....225.1.Tipodeestudo.....

.....225.2.

Procedimentos.....225.3.

Participantes.....245.3.

1.CritériosdeSeleção.....245.4.

Local.....255.5.

Análise de Dados.....256.

RESULTADOS

E

DISCUSSÃO.....266.1. Caracterização das
mulheres estudadas266.2. Alterações na
autoimagem.....276.3. Percepção da

nova vivência da sexualidade316.4. Aspectos
facilitadores para o convívio com as alterações impostas pela doença34

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....36

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....38

9. APÊNDICE A.....	44
10. APÊNDICE B.....	45
11. ANEXOC.....	46

INTRODUÇÃO

O câncer de mama constitui-se como o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente em mulheres no mundo. No ano 2000, a estimativa de diagnósticos novos era de 28.340 casos (BRASIL, 2000) em contrapartida para o ano de 2012 o número é de 52.68 casos (BRASIL, 2012), portanto é visível que as taxas do número de casos vêm aumentando gradativamente, fazendo, assim, o controle do câncer tornar-se uma preocupação por serviços de saúde pública (SEIDL; GIMENES, 1997).

Os riscos variam sendo o câncer de mama mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil) (BRASIL, 2012).

Conforme o BRASIL(2012):

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%.

Sant'Anna (2000) aponta que, durante as primeiras décadas do século XX, o câncer era visto como algo sujo, imundo; sendo considerado contagioso, principalmente em mulheres conceituadas como amantes do prazer. Sendo visto ainda como consequência de pecados e vícios característicos das práticas sexuais.

Com a industrialização do Brasil, observou-se uma modernização na vida dos brasileiros, trazendo um mesclado dos elementos predisponentes do câncer relacionado ao cunho moral juntamente com as novas hipóteses associadas a essa modernização, tais como o hábito de fumar, aumentos das preocupações cotidianas, entre outros (SANT'ANNA, 2000).

Nos anos 60 e 70, é intensificada a percepção acerca dos fatores psicológicos, conforme classificado por Palmeira (1997): fatores de estado disfóricos (depressão, desânimo, desapontamento juntamente com situações que envolvam perdas). E no segundo grupo, os fatores definidos pela personalidade e de enfrentamento da doença.

Atualmente, os fatores se voltam para o histórico familiar, representando cerca de 10% do total de cânceres de mama, estando ainda associado a um aumento de cerca de duas a três vezes no risco de desenvolver essa neoplasia (BRASIL, 2012). Ainda têm-se como

outros fatores importantes os de desordens genéticas, o uso de anticoncepcionais, gravidez tardia e outros mais (TAVARES; TRAD, 2005).

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças com componentes distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas (INCA, 2012, p. 1).

A neoplasia mamária é a resposta de multiplicações desordenadas de células alteradas em determinados genes, desencadeando o surgimento de tumores que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e acarretar possíveis metástases (GOMES, 1997).

Para o tratamento do câncer de mama, existem diferentes modalidades terapêuticas que consistem na ligação do tratamento cirúrgico com a radioterapia, para o tratamento locorregional; a quimioterapia e a terapia hormonal para o tratamento sistêmico. Já entre os distintos tipos de cirurgias, existem aquelas em que há a conservação de parte da mama e as cirurgias não conservadoras (mastectomia) (BRASIL, 2004).

A cirurgia conservadora da mama pode ser executada com a utilização de duas técnicas: a quadrantectomia e a tumorectomia. A quadrantectomia é definida como ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor, incluindo a pele e a fáscia do músculo peitoral maior. A tumorectomia consiste na remoção de todo o tumor com uma margem de tecido mamário livre de neoplasia ao seu redor. (TIEZZI, 2007)

As cirurgias não conservadoras (mastectomia) são divididas em algumas modalidades, dentre elas: mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar); mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical); mastectomia com reconstrução imediata; mastectomia poupadora de pele (BRASIL, 2004).

O tratamento sistêmico é dividido em três componentes: quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia, sendo realizados para tratar as neoplasias malignas e diminuir as chances de metástases, que se caracteriza pela disseminação da doença para outros órgãos. O tratamento sistêmico é utilizado para atacar células responsáveis pelas metástases e pode aumentar a chance de cura em cerca de 30%. O tratamento locorregional é realizado pela radioterapia, na qual é utilizada a radiação na região tumoral para atingir as células malignas (CANTINELLI et al, 2006).

Portanto, o câncer de mama traz grandes alterações na vida da mulher pois a partir dos sentimentos gerados pelo diagnóstico, deve se ainda pensar em possibilidades de tratamento e intervenção. Quando a cirurgia é uma das intervenções utilizadas, a mulher pode passar por momentos de dúvida, desespero e medo pelo fato da mutilação e a agressão ao corpo que a cirurgia causa. Pode também gerar inseguranças relacionadas a sua imagem corporal, principalmente pela sociedade que se vive hoje pregar insistentemente a importância de um padrão específico de beleza. Essa insegurança causa alterações nos mais diversos aspectos da vida da mulher; o funcional, social, profissional, emocional e também o sexual, trazendo influências negativas na vivência da sexualidade e do relacionamento com o companheiro. Uma coisa acaba levando a outra. É necessário tentar compreender o início e pensar em uma forma de intervenção para auxílio das mulheres mastectomizadas.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A Mastectomia e a Influência na Imagem Corporal e Sexualidade

Conforme Silva (2008) as mamas são consideradas símbolos da identidade feminina, são representações culturais de feminilidade e maternidade. “No imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos como amamentar, seduzir e acariciar não combinando com a ideia de ser objeto de uma intervenção dolorosa, ainda que necessária” (GOMES; SKABA; VIEIRA2002, p. 200-201).

A mastectomia, por ser uma cirurgia de amputação, leva a uma grande mudança na vida da mulher, pois, além de representar a extração de uma parte do corpo considerado como símbolo da feminilidade ocasiona alterações no universo biopsicossocial da mulher (AZEVEDO; LOPES, 2010). Segal (1994 apud DUARTE; ANDRADE, 2002, p. 157) refere que após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar várias formas de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, familiar e sexual.

Associado a uma imagem corporal alterada, encontram-se os problemas sexuais que podem interferir na qualidade de vida dessas mulheres, além de afetar a percepção que elas têm de si mesmas, implicando em mudanças na imagem corporal e também na sexualidade (CHIOZZA, 1987; KOLB, 1980 apud DUARTE; ANDRADE, 2002).

Da mesma forma, Pilker e Winterowd (2003) apontam que para a maioria das mulheres, a perda da mama pode trazer consequências negativas sobre sua imagem corporal e, por conseguinte, sua sexualidade.

Fobair (2005) ainda observou questões relacionadas à associação da imagem corporal e da sexualidade, nas quais examinou que, entre as mulheres sexualmente ativas, maiores alterações de imagem corporal estavam associadas à mastectomia, como a baixa autoestima. Vale ressaltar que a imagem corporal apresenta quatro vertentes: “a autoimagem feminina, a imagem do parceiro relativamente a ela, a imagem que a mulher percebe que o companheiro tem dela e a imagem na vivência sexual” (AMORIM 2007, p. 99).

2.2. Imagem corporal

Autores afirmam que a imagem corporal vem sendo considerada, cada vez mais, um fenômeno multidimensional tornando-se complexa. Schilder (1950 apud CASH;

PRUZINSKY, 2002) relatam que as pessoas formam a imagem corporal de si, por meio da mente. Essa complexidade é acarretada devido à confusão terminológica.

O conceito de imagem corporal em sua maioria é pouco problematizado, além do conceito de imagem corporal ser difícil, pois existem vários outros termos utilizados para definir componentes da imagem corporal, como exemplo: satisfação de peso, percepção de tamanho, a satisfação do corpo, a satisfação da aparência, estima corporal, preocupação do corpo, esquema corporal, distorção do corpo, distúrbio da imagem corporal (THOMPSON, 1999).

A imagem corporal, segundo Monteiro (1995), é vista como uma representação sentimental que se tem do próprio corpo. Esta imagem criada pela mente alterna-se de acordo com aspectos gerais de autoconfiança, história de vida pessoal, familiar e emocional. Ela envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal vivenciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (SCHILDER, 1999).

Complementa-se ainda que “expandimos e contraímos o modelo postural do corpo, retiramos e adicionamos partes, reconstruímo-lo, misturamos os detalhes; criamos novos detalhes, fazemos isto com nosso corpo e com sua própria expressão.” E por ser a beleza um fenômeno social “a beleza deve ser relacionada com o modelo postural do corpo; quando consideramos a beleza da figura humana, percebemos imediatamente que o interesse estético certamente se relaciona intimamente com o interesse pelo sexo”(SCHILDER, 1935, p.190; p.128 apud SCATOLIN, 2012).

2.3.Sexualidade

A sexualidade é uma construção social que compreende aspectos biológicos, relacionais e subjetivos, existindo, portanto, variadas formas de vivência da sexualidade (HAWKES, 1996 apud SANTOS, 2012).

Sexo e sexualidade são conceitos distintos, ainda que sejam sempre associados um ao outro. Sexo pode ser utilizado para referir aos órgãos sexuais externos; pode representar o ato sexual; e ainda pode ser utilizado para denominar o sujeito enquanto fecundante ou gerador na reprodução. Já a sexualidade seria as sensações corporais resultantes do sexo; a sensação do prazer, além de ser intermediada pela cultura; uma construção mental (VILLELA, 2001).

A sexualidade é considerada como uma definição profusa que envolve uma gama de interação de fatores biopsicossociais, culturais e ambientais não podendo ser encarada como apenas um fator biológico (SANTOS, 2012).

2.4. Contribuições da Terapia Ocupacional na Assistência a Mulheres Mastectomizadas

O ser humano quando não consegue realizar suas ocupações é visto como sujeito não saudável, podendo tornar-se incapacitado. Por isso, as ações em terapia ocupacional baseiam-se no fazer humano, podendo ser elas atividades cotidianas, as artes, o lazer, trabalho, autocuidado e outros (PENGO; SANTOS, 2004).

O diagnóstico do câncer gera impacto para o paciente pela sua condição de fragilidade e instabilidadeconsequentemente gerando em sua família, situações de perdas transitórias e definitivas nas ocupações da vida do paciente. Esse impacto do câncer causasofrimento, desorganização da vida cotidiana, profissional, pessoal e familiar. O adoecimento é uma experiência marcante e difícil na vida humana, pois vai exigir do paciente uma nova condição quanto ao seu físico, psicológico e seu papel social (PALM, 2009).

Para Othero (2008) a partir de diferentes atividades é possível reorganizar o cotidiano constituindo espaços de troca, criação, experiências, afetos, saberes, auxiliando a integração do sujeito no seu meio social, e ter projetos no futuro, sendo o terapeuta ocupacional o papel ativo para auxiliar a criação desse contexto.

A proposição e a realização de atividades terapêuticas com significado e sentido direcionam a problemática enfrentada, associada aos recursos da abordagem funcional e adaptação do ambiente, auxiliam o paciente e cuidador no enfrentamento da situação frente às perdas funcionais cognitivas, sociais e emocionais, a fim de promover o máximo nível de independência e autonomia no desempenho ocupacional com qualidade de vida, dignidade e conforto (QUEIROZ, 2008, p. 67).

De acordo com o manual HOPE (2004) o terapeuta ocupacional deve iniciar sua intervenção a partir da experiência dos próprios pacientes – pacientes com câncer e seus familiares, e as suas próprias escolhas e demandas que devem nortear o tratamento. O manual HOPE indica três áreas de intervenção da Terapia Ocupacional em Oncologia. 1º Organização do cotidiano: elencar prioridades e atividades significativas, alcançar equilíbrio no dia a dia, dentro e fora do hospital. 2º Tratamento da fadiga e de outros sintomas: promover informações e orientações quanto aos sintomas e auxiliar no processo de adaptação, estabelecer metas, trabalhar conservação de energia e graduar atividades. 3º Autoestima:

auxiliar no reconhecimento que esse aspecto afeta a motivação e luta do paciente, trazendo melhora nas atividades, e auxílio ao paciente em manter seus papéis sociais. Há também outras áreas de intervenção tais como: reintegrar o paciente ao convívio social; orientar e promover suporte emocional ao paciente e seus familiares; auxiliar nas mudanças trazidas pela doença no cotidiano e nas ABVD's e AIVD's, incluindo a vida conjugal e sexual; auxiliar nas potencialidades e criatividade; auxiliar no luto vivido pelo paciente e pela família (ABRALE, 2008).

Cabe ao terapeuta ocupacional à identificação das possíveis incapacidades funcionais, auxiliar nas orientações sobre os riscos de linfedema, sobre as ABVD's e AIVD's, realizar abordagens corporais, troca de experiências, realização, orientação e adaptação de atividades, não se esquecendo da preservação dos direitos, vontades e interesses de seus pacientes, junto à família (OTHERO, 2010). “A terapia ocupacional é uma parceria entre terapeuta ocupacional e cliente. Os objetivos do cliente devem ser priorizados e ser o centro do tratamento. O terapeuta deve respeitar e adaptar a intervenção para se ajustar as necessidades do cliente” (SUMSION, 2003, p. 9).

A atividade sexual é relacionada como uma ABVD's, desta forma é incluída na avaliação de rotina de pacientes. Após intercorrência em uma condição crônica de saúde, os clientes podem se preocupar sobre como seus problemas de saúde podem afetar o seu próprio sentido, sua capacidade de função física e as suas oportunidades de se envolver em atividade sexual. Essas preocupações podem também estar relacionadas com expectativas, incluindo parceiros, cuidadores e profissionais de saúde (AOTA, 2008).

O terapeuta ocupacional é um profissional seguro para abordar as questões acerca da sexualidade, permitindo abertura ao cliente para que o mesmo possa expressar medos e preocupações, oferecendo assistência na resolução de problemas. Empatia, sensibilidade e abertura são aspectos importantes na relação terapêutica, sendo utilizados no tratamento abordando a sexualidade, devendo ser abordadas por profissionais da área da saúde. A intervenção do terapeuta ocupacional pode ocorrer em residências, centros de reabilitação, centros comunitários de saúde mental, centros de dor, centros de idosos, hospitais e outros locais (MACRAE, 2013).

O terapeuta ocupacional pode intervir em vários eixos, como grupos de apoio, programas educacionais e atividades de alívio do stress; também podem fornecer treinamento

em serviços para ajudar os cuidadores nas instituições, tais como orientações para entender as necessidades sexuais de adultos, além de abordagens que consistem em restaurar habilidades, como: amplitude de movimento, força, resistência, comunicação e engajamento social, fazendo parte da satisfação das necessidades sexuais, e ainda em adaptações de mudançado ambiente para permitir a atividade sexual (MACRAE, 2013).

3.JUSTIFICATIVA

Carvalho (2008, p. 99) destaca que “o câncer pode colocar os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença”. Portanto, o cuidado a essa população vai implicar na sensibilidade do olhar voltado a essa fragilidade.

Observando que essa população necessita de um olhar integral, considerando suas crenças, dúvidas, anseios e que, as alterações da imagem corporal dessas mulheres podem levá-las ao isolamento, prejudicando seus aspectos emocionais e funcionais, nota-se que a Terapia Ocupacional tem uma importante contribuição a oferecer, quando objetiva facilitar a retomada de sua vida, de suas atividades sejam tanto as de lazer quanto as de produtividade, ou ainda, nas relações conjugais e de sexualidade.

Segundo Neistadt; Crepeau (2002), a profissão de Terapia Ocupacional busca auxiliar as pessoas com possíveis incapacidades ou deficiências a realizarem as ABVD's que são importantes para elas, sendo o termo 'ocupação' compreendido como todas as atividades que ocupam o tempo das pessoas, dando sentido as suas vidas.

[...] O terapeuta ocupacional tem como objetivo primordial a promoção da qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, em torno do dimensionamento das condições e necessidades com o ambiente e da relação com a família e equipe, considerando sua globalidade e integridade (DE CARLO, 2004, p.10).

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo Geral:

- Compreender se a imagem corporal influencia na sexualidade de mulheres mastectomizadas.

4.2. Objetivos Específicos:

- Observar se as mulheres tem alguma alteração na imagem corporal após o câncer de mama;
- Observar se há modificação na sexualidade destas pacientes;
- Compreender se as alterações na sexualidade relacionam-se com as alterações na imagem corporal.

5. PROPOSTA METODOLÓGICA

5.1. Tipo de Estudo

Em função do objetivo proposto desse estudo, a pesquisa foi desenvolvida segundo um enfoque qualitativo orientado pela análise de conteúdo de Bardin.

O contexto da metodologia qualitativa utilizado foi o da abordagem qualitativa aplicada à saúde, no qual o objetivo é de compreender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas e não enfocando apenas no fenômeno em si. O foco é observar os fenômenos da doença e a complexidade da vida e identificar qual a representação que existe interligada entre esses dois (TURATO, 2005).

Um dos objetivos desse estudo foi o de compreender se existem alterações na imagem corporal e na sexualidade de mulheres mastectomizadas e identificar qual a relação entre elas. Portanto observa-se que, para alcançar esse objetivo que é subjetivo é necessário procurar entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados, o como elas o descrevem (BOGDAN; BIKLEN, 1998).

Outra concepção apresentada é a definição do método clínico-qualitativo, que é voltado especificamente para os settings das vivências em saúde.

Aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença. (TURATO, 2003, p. 510)

O delineamento qualitativo permite ao pesquisador observar esses fenômenos e o seu processo, possibilitando ainda a observação de vários elementos em um grupo pequeno e investigar a realidade e o ponto de vista que geralmente não são compreendidos (VICTORA, 1959; POLIT, 2004).

5.2. Procedimentos

Este estudo foi realizado no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), sendo o público alvo da pesquisa as mulheres mastectomizadas. A técnica de pesquisa utilizada foi uma entrevista sobre a percepção que elas têm em relação a seu corpo, sua imagem corporal e sexualidade. Para May (2004, p.

145)“as entrevistas geram compreensões ricas das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas”. Para gerar boas e ricas compreensões das biografias, valores, experiências.

Em relação ao planejamento da coleta de dados, o objetivo foi entrevistar as mulheres mastectomizadas que estiveram realizando tratamento nos seguintes locais: Ambulatório, Central de Quimioterapia e Central de Radioterapia durante o período de 2 (dois meses), de outubro a novembro.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, (ver em *Apêndice A*) que é caracterizada pelas questões baseadas em teorias relacionadas ao objeto de estudo, que foram extraídas da literatura. A entrevista é caracterizada pelo seu caráter aberto e individualidade da entrevistada, que responde segundo a sua concepção. Essa entrevista contém duas partes: a primeira relacionada a aspectos sociodemográficos e a segunda parte relacionadas às alterações na imagem corporal e na sexualidade após o câncer de mama. O tempo máximo designado para as respostas foi de 1 hora.

As entrevistas foram realizadas face a face e gravadas em áudio, mediante o consentimento das participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) norteado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, (ver em *Apêndice B*), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado sob o protocolo 225/13 (ver em *Anexo C*), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília. Em relação à análise foram transcritas fielmente as respostas segundo as gravações e, posteriormente, analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo, que se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação.

Segundo Godoy (1995 apud NEVES, 1996), a pesquisa qualitativa tem diversos fatores que a difere entre as outras, sendo essas características essenciais tais como: o pesquisador como instrumento fundamental, o caráter descritivo e o significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida, sendo esse o objeto do estudo.

5.3 Participantes

As participantes desse estudo foram 5 mulheres que se submeteram à mastectomia, que se inseriam nos critérios de inclusão e que não contemplavam nenhum dos critérios de exclusão.

No presente estudo, observou-se que a média de idade das mulheres foi de 49 anos. A idade é considerada um dos mais importantes fatores de risco para o câncer de mama, com a taxa de incidência aumentada até os 50 anos (BIFULCO; FERNANDES JUNIOR; BARBOZA, 2010). Todas realizaram a mastectomia radical e atualmente apenas as pacientes HMS e MF estavam realizando a radioterapia como tratamento adjuvante. As pacientes FIN, CMM e MCA já finalizaram a radioterapia, encontrando-se nesse momento em acompanhamento.

Em relação ao tempo de cirurgia as pacientes apresentam entre um e três anos de cirurgia. Quanto ao estado civil FIN, MF e HMS são casadas, CMM é solteira e FIN é divorciada. Apenas a paciente CMM não tem filhos.

Neste aspecto nota-se que são mulheres em idade produtiva, ativas, pois todas apresentavam atividade de trabalho remunerado ou não, e com relacionamentos atuais ou prévios. Desta forma, tem-se um impacto esperado em seus cotidianos, pois deixam de realizar suas atividades rotineiras prejudicando a qualidade de vida delas (VENDRUSCULO, 2011).

5.3.1. Critérios de Seleção

Os critérios de inclusão das participantes na pesquisa são:

- Ter a faixa etária de acima de 18 anos;
- Ter realizado a mastectomia;
- Estar realizando ou ter finalizado a radioterapia, como tratamento adjuvante.

Os critérios de exclusão são:

- Possuir metástases ou outras neoplasias;
- Pacientes que não compreenderam as questões realizadas pela pesquisadora;
- Desistência da participação;
- Ter realizado a reconstrução.

5.4. Local

O estudo ocorreu no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), no Hospital Universitário de Brasília (HUB). CACON é o hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Todo CACON oferece tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar (BVS, 2007).

A seleção do HUB se deu pelo fato de estar ligado à Universidade de Brasília; que, inicialmente, em 1972, era conhecida como Hospital dos Servidores da União – HSU. Em dezembro de 1979, passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, por meio de convênio assinado com o Inamps. Em 1987, por ser integrado à rede de serviços do Distrito Federal, passou a chamar-se Hospital Docente Assistencial – HDA. Após um processo conturbado com manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital em 1990, o hospital foi cedido pelo Inamps à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB, 2013).

5.5. Análise de Dados

Quanto à análise do conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

A análise de conteúdo pode seguir a abordagem qualitativa conforme Lima (1993, p. 54 apud CAREGNATO; MUTTI 2006, p.682) “considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem”.

“As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em três pólos: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2009, p.121).

A pré-análise, primeira fase desta organização de análise de conteúdo, objetiva a sistematização para que o pesquisador possa conduzir o processo de análise. Assim, a missão desta primeira fase é, além da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, também a criação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final (BARDIN, 2009). Podendo utilizar ainda vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, objetivos para a execução da interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na exploração do material, durante a segunda fase, os dados são codificados a partir das unidades desse registro. E na última etapa, o tratamento dos resultados se faz a categorização e interpretação que implica na classificação dos elementos de acordo com suas semelhanças e por diferenciação, que Bardin (1977, p. 153) assinala “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos”. A análise categorial poderá ser temática, construindo as categorias de acordo com os temas que surgirão no texto (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme descrito na metodologia os dados foram extraídos de entrevistas semiestruturadas para as quais foram selecionadas 5 mulheres que realizaram a mastectomia e que realizavam a radioterapia como tratamento adjuvante. Por meio do conteúdo das entrevistas emergiram-se discursos semelhantes que foram classificados em três categorias: a) Alterações na autoimagem, b) Percepção na nova vivência da sexualidade e c) Aspectos facilitadores para o convívio com as alterações impostas pela doença.

6.1. Caracterização das mulheres estudadas

No quadro 1 são apresentados as características antropométricas, clínicas e sócio demográficos das participantes. Estando identificadas com as iniciais de seus nomes.

Nome	FIN	CMM	HMS	MF	MCA
Idade	50	48	54	45	48
Profissão	Garçonete- Benefício	Faxineira- Benefício	Costureira	DiretoraCFC- Benefício	Dona de casa
Escolaridade	2º grau	1º grau incompleto	1º grau incompleto	3º grau	2º grau
Estado Civil	Casada	Solteira	Casada	Casada	Divorciada

Número de filhos	3	0	4	3	2
Tipo de cirurgia	Mastectomia Radical	Mastectomia Radical	Mastctomia Radical	Mastectomia Radical	Mastectomia Radical
Data da cirurgia	20/04/2010	27/08/12	10/12/2012	11/04/2012	08/02/2010
Outros tratamentos e número de sessões	Fez QT(12) RT(28)	Fez QT(12)	Atual RT, fez QT(16)	Atual RT, fez QT(16)	Fez QT(8), RT(28)

Quadro 1. Características antropométricas, clínicas e sócio demográficos das participantes. Brasília, 2013.

Fonte: Dados compilados pela autora.

6.2. Alterações na autoimagem

Sabe-se que a autoimagem tem influência de diferentes áreas, pois a imagem corporal constitui na percepção cognitiva e emocional da pessoa sobre si mesma (AZEVEDO, 2010). Desta forma, no presente estudo encontrou-se que as mulheres mastectomizadas apresentam alterações em sua autoimagem e que a mesma influencia em sua vida cotidiana.

Sendo assim, neste estudo, encontrou-se que a mudança na aparência, através da perda da mama, traz a vida e ao corpo da mulher mastectomizada, um importante papel na constituição de sua autoimagem. As mamas desempenham papéis fisiológicos do desenvolvimento feminino desde a puberdade até a vida adulta, além de ter representações culturais de feminilidade, símbolo de identificação da mulher (DUARTE; ANDRADE, 2003) que com a mutilação traz uma mudança física explícita, e uma imagem de um corpo imperfeito.

Ainda acerca da mastectomia, Azevedo; Lopes (2010) referem que essas têm repercussões emocionais importantes que danificam a integridade física e imagem psíquica que a mulher tem de si. Pode gerar ainda uma mudança brusca na aparência, pois é a amputação de um órgão considerado como símbolo da feminilidade, e que a cirurgia torna-se uma agressão e invasão ao corpo da mulher, fazendo com que ela sinta-se inferior a outras mulheres, levando a uma expectativa diferente da imagem corporal (AZEVEDO 2003).

Desta forma a paciente FIN demonstra que a sensação de mutilação se torna parte integrante de seu cotidiano.

“Enxergo assim, uma coisa que não tá completa. Que me falta algo, que assim não é uma imagem boa que eu tenho né? Porque olha, eu sinto uma imagem que falta uma parte de mim” (FIN).

Assim Santos e Vieira, (2010) referem que mulheres submetidas aos tratamentos de câncer de mama tem a imagem corporal severamente afetada sendo necessária intervenção na qual se trabalhe o lidar com o próprio corpo.

A modificação na percepção é talvez uma das mais concretas alterações na autoimagem porque retrata a forma que elas se enxergam, a imagem que tem de si mesmas, estando vinculado ao seu sentimento frente à doença, seu histórico de vida, seu cotidiano e muito da sua vida pessoal sendo, portanto único para cada mulher. Como demonstrado na fala de FIN.

“Ah, eu tinha uma imagem (...) eu sempre gostei de mim né? Tinha uma imagem boa assim, me amar assim, gostava do jeito que eu era mesmo assim. Me achava bem comigo mesma. Tinha uma imagem de um corpo perfeito sem mutilação, agora eu me sinto assim né? É uma parte do seu corpo que é mutilada então, as vezes eu me olho no espelho...eu não gosto de ficar me olhando muito entendeu?” (FIN).

Estudos apontam que frente ao diagnóstico, a mulher vivencia crises de instabilidades marcadas por medos, insegurança e conflitos, acarretando a problemas que se associam a expectativa de dor e sofrimento (FURTADO, 2009).

Azevedo (2004) ressalta que existindo a possibilidade da cirurgia, a mulher não consegue mais enxergar seu corpo com integridade, como um corpo originário, completo, pois algo ‘sujo’ passou a fazer parte delas; dessa forma a cirurgia é uma forma ameaçadora, pois irá mutilar o seu corpo, suscitando sentimentos de medo, repugnância e outros.

Observam-se também os sentimentos frente ao adoecimento e a cirurgia, que variam da fase em que ela se encontra. No momento do diagnóstico visualizam-se sentimentos ligados à tristeza e desespero, e no momento da cirurgia sentimentos de medo de se olhar no espelho e de ver o resultado e a reação dos outros. Pode ser observado isso na fala de CMM em relação ao diagnóstico e na fala de MCA em relação à cirurgia.

“Assim, quando eu soube da noticia eu fiquei muito triste mesmo, triste. Olha eu fiquei tão triste que ave maria. Ai eu ficava desesperada ne?”(CMM).

“Eu fiquei pra baixo, até então não tinha caído à ficha, quando o medico tirou o curativo no hospital que eu olhei, até desmaiei. Desmaiei, voltei e foi que eu olhei é que caiu a ficha e quando fui olhar no espelho também” (MCA).

O sofrimento psicológico vivido por mulheres que passam pelo tratamento do câncer evidencia-se no próprio sofrimento configurado pela doença, um sofrimento que carrega representações, significados e estigmas atribuídos à doença ao longo dos anos, e que se introduz nas dimensões do que é o feminino, interferindo nas relações interpessoais, sentimentais, e relações íntimas da mulher (SILVA, 2008).

Além dos impactos emocionais, neste trabalho, pode-se observar alterações na autoimagem que prejudicam o dia-a-dia da mulher, na qual 4 das mulheres entrevistadas são mulheres que tiveram uma vida produtiva, sendo, portanto perfis de mulheres que sempre estiveram ativas e que relatam gostar de trabalhar, realizar algo, fazer algo, se sentir valorizada. E a partir do momento em que se depara com uma doença que incapacita e deve-se minimamente pausar suas atividades cotidianas, como as ABVD's e AIVD's, acabam gerando um grande impacto e vontade de voltar a realiza-las.

De acordo com Santos e Vieira (2010) os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais podem vir a afetar emoções e pensamentos, sendo o linfedema lembrado, pois, além de comprometer esteticamente o corpo da mulher, compromete também a execução de atividades que envolvam força física, impossibilitando a mulher de retomar a sua vida como antes e causando sofrimento, pois ela se sente inativa, desvalorizada, inválida.

Collins et al (2004) examinam as relações entre as limitações físicas e os ajustamentos psicológicos em mulheres pós tratamento do câncer de mama, que identifica que as dificuldades em movimentar o braço estavam interferindo em suas ABVD's; reduzindo a capacidade para trabalhos que envolvessem força física e a habilidade para a realização dos afazeres domésticos. Neste trabalho as mulheres não apresentavam linfedema instaurado, mas a preocupação com o desenvolvimento deste e as orientações quanto ao cuidado com o braço

homolateral a cirurgia, limitava estas pacientes a realizarem suas atividades cotidianas. A paciente MCA apresenta em sua fala esta preocupação.

“Eu não tinha inveja de homem, porque todo serviço praticamente eu dava conta de fazer ai depois disso eu tive que parar, mas sempre fui aquela pessoa ativa mesmo, ai depois do coisa(...)ai teve os limites ne? Fiz também, andei fazendo arte um dia desses, até que o braço ficou inchado, aquela coisa terrível. Quando vi aquilo pesar ai eu disse: Eu vou parar, ai dei um tempo”(MCA).

Em consonância a este resultado sabe-se que vivenciar uma mastectomia é uma experiência marcante e complexa, que no decorrer do tempo traz mudanças na vida das mulheres, nos atos, modos e estilos de vida(MERLEAU-PONTY, 1999).

Apesar de não ser o objetivo específico do trabalho, é importante ressaltar o enfrentamento de mulheres com câncer de mama relacionado aos efeitos colaterais da quimioterapia, que também trazem prejuízos a imagem corporal. A alopecia é um deles, devido ao fato do cabelo cair, trazendo sentimentos de inferioridade, baixa auto estima, insegurança e ser alvo de olhares preconceituosos em relação a careca.

A quimioterapia principalmente por seus efeitos colaterais, é uma outra dificuldade que muitas mulheres mastectomizadas precisam enfrentar.A quimioterapia associada à mastectomia potencializa a possibilidade de sobrevida da mulher, porém pode comprometer sua qualidade de vida,uma vez que ela se sente amedrontada, abalada e insegura, diante da vivência de efeitos colaterais, os quais geralmente são agressivos tanto no plano físico quanto no psicológico (JESUS, LOPES, 2003).

Para algumas mulheres mastectomizadas, a alopecia, um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, pode trazer maior sofrimento do que a própria mastectomia já que, no contexto social, a perda do cabelo mostra o diferente, o não belo, a pessoa inquestionavelmente adoecida, reforçando o sentimento de compaixão sentido pelos outros e pela própria mulher pois é cultural que o gênero feminino exiba cabelos longos e bonitos, fato que dificulta a aceitação da alopecia tanto pela mulher quanto pela sociedade. (JESUS, LOPES, 2003).

Nesse sentido é necessário que os profissionais de saúde preparem a mulher para o tratamento quimioterápico e para o enfrentamento de seus efeitos colaterais, sobretudo a alopecia. Atualmente, é possível fazer perucas com o próprio cabelo, mas, para isso, a mulher precisa ser informada do tratamento quimioterápico e dessa possibilidade, antes da realização da mastectomia, para se preparar antecipadamente para a perda do cabelo e possíveis cuidados

6.3. Percepção na nova vivência da sexualidade

Entre os relatos das mulheres entrevistadas, é visto que existem alterações na sexualidade e que as alterações na imagem corporal desencadeiam alterações na sexualidade. O corpo da mulher, assim como a mama, representa sensualidade, erotismo, sexualidade. A fase pós-cirurgia é considerada uma fase limitante e difícil para a sexualidade, sendo às vezes até pelo desejo da mulher que acaba se reduzindo e a dúvida que ela tem sobre como o marido se sente em relação à situação (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Fobair (2006) examinou a alteração da imagem corporal e a associação à sexualidade. Cerca de 546 mulheres estudadas vivenciaram dois ou mais problemas relacionados a imagem corporal, e entre as mulheres sexualmente ativas, maiores índices de problemas de imagem corporal estiveram relacionados à mastectomia. Os problemas sexuais então acabam interferindo na qualidade de vida dessas mulheres.

Sanitt (2006) aponta que as mulheres relatam a perda do potencial de excitação e estimulação sexual pela remoção do seio. FIN expressa em sua fala essa mudança em relação à sexualidade.

“Houve um pouco de mudanças. Dentro de mim, é como eu te falei, às vezes é difícil. (Se emociona) No ato às vezes eu não sinto muito prazer. Se eu pudesse evitar eu evitaria. Não tem como porque sou casada, tenho um esposo, eu tenho que cumprir meu papel de esposa né”?(FIN).

Outro aspecto importante apresentado por Silva (2008), é que atualmente em nossa cultura a representação da mama está ligada a valorização da feminilidade que é fortemente

explorado como ícone de forte apelo sexual, ideia reforçada pela mídia, levando as mulheres a uma baixa autoestima e de inferioridade. Muito bem retratado na fala de MF.

“Nos primeiros meses realmente muda muita coisa. O que a gente sabe? Que o corpo da mulher influencia muito na vida sexual então quando você se vê assim, você se sente mutilada né? Então você não imagina nem assim, o que o outro lado, ele compreenda né? Mas a mulher se sente mal, se sente inferior. É muito chato” (MF).

Aspectos de alteração da sexualidade são diretamente relacionados à imagem corporal. Nesse sentido a correlação entre eles mostram que menores pontuações de imagem corporal estão relacionadas ao pior funcionamento sexual. (COUSSON-GELIE; BRUCHON-SCHEWITZER; DILHUYDY, 2007; GARUSSI, 2008).

Outra forma de alteração na sexualidade é o constrangimento causado pela própria percepção corporal vivida pela mulher em decorrência da falta da mama. O medo de rejeição do companheiro, vergonha de mostrar a mama e insegurança como mulher são uns dos aspectos que acabam influenciando a vivência da sexualidade.

O câncer e o seu tratamento interferem na identidade feminina, trazendo sentimentos de medo, de rejeição do parceiro, de baixa autoestima, pois por se afastarem do modelo ideal de mulher, as mastectomizadas julgam-se incapazes de conseguir proporcionar bons momentos para os seus companheiros (QUINTANA et al; 1999). A imagem corporal e funcionamento sexual estão interligados a percepção de atratividade do parceiro e da qualidade de relacionamento (SHEPPARD; ELY, 2008, SPEER et al, 2005).

Lim(1995) identifica mudanças no comportamento sexual de mulheres mastectomizadas, na qual as mulheres evitam se despir e ser tocadas pelos parceiros. A paciente MF relata sua vivência.

“Pra mim a mudança é realmente pela retirada da mama. Eu acredito assim que pra mim, sim. Mas pro esposo não, apesar que nunca é a mesma coisa, por exemplo eu não fico nua, não mostro, ate hoje eu não consegui mostrar. Pra muitas pessoas eu mostro, pra ele não, para que não haja muita interferência(...)pra tentar uma vida normal”(MF).

Uma das formas de enfrentamento da cirurgia e da própria sexualidade é o apoio na vida conjugal, ou seja, do companheiro, do marido. A maioria das mulheres selecionadas relata um apoio positivo do marido, porém existem casos em que mulheres relatam que o fato de ter retirado a mama, foi causa de apoio negativo do marido, grandes alterações na sexualidade a até motivo de separações.

Os maridos poderão adquirir capacidade de dar suporte emocional a sua esposa, à medida que desenvolverem uma sustentação moral e afetiva, o que implicará numa nova adaptação da mulher a nova condição de saúde. Porém é válido ressaltar, que o marido deve ser incluído na problemática da doença como objeto de cuidado, porque os mesmos sentimentos que as mulheres vivenciam também podem ser vivenciados por eles. Essa condição de vivenciar o adoecimento da esposa pode torná-lo próximo da mesma ou afastá-lo, caso ele não tenha mecanismos de adaptação e enfrentamento potencializados (SILVA, 2010). É possível observar na fala de FIN o apoio do marido e na de MCA o abandono.

“Às vezes fico assim pensando, mas graças a Deus meu esposo é uma pessoa muito compreensiva, muito bom mesmo, nunca reclamou. Ele fala que se me amava, agora que ele me ama mais” (FIN).

“O meu marido já dizia que a mulher não era nada cortada e faltando pedaço (...). Quando eu cheguei em casa que fui mostrar pra ele a cirurgia, ele só fez olhar assim, já foi virando e dali já foi ficando diferente. Uma coisa que eu já sabia praticamente, um dia ele já chegou com tudo pronto, mala pronta, só com o papel pra eu assinar”(MCA).

Tais reações como proteção e a segurança que o marido proporciona a mulher durante o tratamento do câncer, são estratégias de enfrentamento dos problemas que auxiliam positivamente durante esse processo (CHIATTONE, 1992).

No presente estudo houveram limitações relacionadas as entrevistas e ao perfil das entrevistadas, visto que a participante CMM não é casada ocasionando um viés na parte da pesquisa que aborda a vivência da sexualidade. Porém houveram contribuições devido a sua experiência do processo do adoecimento, as dificuldades e as formas de enfrentamento das alterações vivenciadas por ela.

6.4. Aspectos facilitadores para o convívio e enfrentamento com as alterações impostas pela doença

Estratégias de enfrentamento são definidas como um conjunto de esforços comportamentais e mentais para lidar com crises internas e externas que surgem em situações de vulnerabilidade, de estresse (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Conforme relatado anteriormente, a fase do diagnóstico e pós-cirúrgica são as mais difíceis para uma mulher mastectomizada, porém visualizando o relato das mulheres entrevistadas foi possível observar que as mulheres conseguem criar estratégias de enfrentamento para o adoecimento, e para tentar substituir ou suprir a falta da mama com simples ações. Mulheres que apresentam um perfil ativo para a resolução de problemas e que tem a capacidade de ser flexível podem se adaptar melhor a doença, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e sobrevida (ROWLAND; MASSIE, 1998).

“Antigamente eu até ficava um pouco triste, mas agora não, porque eu vou colocar um enchimento pelo sutiã” (CMM).

“Eu boto um peito aqui, eu boto um sutiã e visto meu vestido e saio que nem uma pessoa normal, ninguém vai saber que tá faltando aquele peitinho” (HMS).

Outra forma de estratégia é a da religiosidade que é um fator que trabalha a espiritualidade, a fé e o pensamento positivo, auxiliando no decorrer do adoecimento e do tratamento. Elas também tentam trabalhar o pensamento positivo, o viver o hoje e não ter pensamentos negativos.

As mulheres buscam na espiritualidade um amparo para conseguir enfrentar a doença. A religião é uma grande aliada, pois ajuda na proteção de futuras depressões e apoio profetizando a cura (FERNANDES; MAMEDE, 2006). A fé é uma fonte de apoio e enfrentamento, e auxilia a suportar os desafios decorrentes da doença (SALCI; MARCON, 2010).

“Eu tento ser muito forte. Não tento transparecer. Às vezes quando eu fico com o meu esposo me colocando no lugar dele, mas aí depois eu agradeço a Deus porque ele me deu uma nova chance, pra superar,

pra continuar, não diria assim uma vida normal, porque vai sempre ter uma limitação né?” (FIN).

“Hoje eu já me acostumei da retirada da mama, mas assim quando eu me vejo, não penso em coisas ruins. Penso que tô na expectativa de uma vida melhor né?” (MF).

Assim, com este estudo pode-se observar que a sexualidade e a imagem corporal apresentam importante relação, pois existem as alterações da imagem corporal de mulheres após o câncer de mama especialmente após a mastectomia, tais como a percepção mental do corpo delas e a falta da mama retirada gerando insegurança, tristeza e a redução da autoestima.

Pode-se observar, também, que após a mastectomia houve modificações na sexualidade e essas modificações se relacionam com vários aspectos: medo de rejeição do parceiro, o próprio desejo sexual reduzido ligado a sentimentos de imperfeição, baixo autoestima e insegurança, sendo, portanto a imagem corporal um ponto forte e co-dependente quando se aborda a sexualidade de mulheres mastectomizadas. Há uma forte relação nisso e a alteração da imagem corporal acaba influenciando a forma da vivência da sexualidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos estudos que abordam a área da oncologia priorizam o período do diagnóstico e tratamento, havendo poucos estudos dedicados a investigar a situação psicossocial dos pacientes no período pós- tratamento. Esse presente estudo teve como objetivo compreender se existiam alterações na imagem corporal e sexualidade de mulheres que realizaram a cirurgia não conservadora, a mastectomia.

Foi possível observar que ocorrem mudanças relacionadas a imagem corporal dessas mulheres, pelo poder de representatividade que a mama tem na sociedade, de feminilidade, sensualidade, maternidade, como órgão de adorno e que essa alteração acabou influenciando a sua sexualidade justamente por essa representação cultural que a mama apresenta e pelos seus relatos.

No relato das 5 mulheres entrevistadas, elas falam abertamente sobre as alterações que a perda da mama ocasionou, sendo elas: na realização das atividades cotidianas, na pausa momentânea que quase que obrigatoriamente tiveram que fazer, pois são mulheres produtivas; na aparência física, como na imagem corporal, ou seja, a imagem mental delas mesmas se enxergarem, e dos sentimentos acerca do diagnóstico, do adoecimento e das mudanças impostas pela doença.

No que se refere sobre a sexualidade, elas relatam sobre as mudanças que ocorreram em decorrência da falta da mama, o desejo que se reduziu, ou o constrangimento com a própria imagem. Porém a maioria relata um apoio social e positivo da família e do marido, que é uma ajuda na estratégia de enfrentamento da doença. E as estratégias por elas utilizadas para ultrapassar os sofrimentos e mudanças que a doença causou, mas sempre valorizando a vida que tem, priorizando a cura, e utilizando da religião, da fé, do pensamento positivo ou simples ações para superar a cada dia o estigma, o medo, e todas as experiências que vieram em virtude do câncer.

É visto portanto, que o estudo responde aos objetivos mostrando a partir dos relatos das entrevistadas e da literatura que existindo a alteração da imagem corporal em mulheres mastectomizadas, ela conseqüentemente irá se relacionar com as mudanças vivenciadas na sexualidade da mesma.

Com esse estudo é possível observar a necessidade da assistência profissional, inclusive da terapia ocupacional, que essa população necessita, pois são mulheres que mesmo

pós-cirurgia passam por momentos de fragilidade, sofrimento e merecem um tratamento na qual sejam vistas e reconhecidas como um ser humano com dificuldades, alegrias, histórias, contexto de vida e experiências; aprendendo a parte técnica com os profissionais mas também ensinando algo talvez mais importante: como saber viver, como superar e lidar com dificuldades.

Hoje a abordagem do tratamento de câncer de mama é multidisciplinar envolvendo os vários profissionais da área da saúde, incluindo o terapeuta ocupacional. Esse presente estudo mostra a necessidade assistencial que as mulheres mastectomizadas necessitam, seja no pré ou pós-cirúrgico. A retirada da mama causa sofrimentos psicológicos, físicos e emocionais, cabe aos profissionais de saúde, apoiar, escutar e auxiliar essa população. É visto então, a importância do papel do Terapeuta Ocupacional a ser exercido na oncologia, na qual as mulheres passam por um tratamento mamário, passa pelo trauma cirúrgico, assim como todo o tratamento sequencial do câncer; e a partir daí o terapeuta ocupacional vem como a chave desse tratamento, para auxílio na reabilitação desse processo trabalhando as ABVD's, AIVD's e a capacitar novas habilidades, adaptando as mudanças por meio de atividades que tenham significado para a paciente.

No desenvolvimento deste trabalho, observou-se escassa literatura de terapia ocupacional que aborde a sexualidade e alteração na autoimagem com pacientes com doença crônica, inclusive no câncer de mama. Desta forma, destaca-se que esta é uma oportunidade de novas pesquisas na busca de concretizar ações e intervenções da terapia ocupacional junto a mulheres com câncer de mama e suas alterações na autoimagem e sexualidade.

Houve limitações no estudo em virtude do atraso do comitê de ética para liberar o parecer consubstanciado. Por essa limitação, ao invés de 10 mulheres, foram entrevistadas somente 5 mulheres. Porém as autoras do projeto Vanessa Peregrino Pereira juntamente com a orientadora Leticia Meda VendrusculoFangel se responsabilizam e se propõem a finalizar o projeto, entrevistando mais 5 mulheres para completar o número proposto e posteriormente publicar o projeto no primeiro semestre de 2014.

Consideramos a importância do presente estudo em nos mostrar a fase pós-mastectomia e a partir dessa ponte enxergar a forma de intervenção, garantindo um olhar integral, e apoio a família e as mulheres mastectomizadas.

8. REFERÊNCIAS

- AOTA. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). **American Journal of Occupational Therapy**. 62, 625–683. doi:10.5014/ajot.62.6.625, 2008.
- AMORIM, C. **Doença oncológica da mama: vivência de mulheres mastectomizadas**. 365p. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Tese de doutoramento
- ABRALE. Terapia Ocupacional na Oncologia. OTHERO, M. B; (org) Comitê de Terapia Ocupacional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. 2008. In OTHERO, M. B; **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap 4. São Paulo: Roca, 2010.
- AZEVEDO, R. E; **A percepção do corpo pela mulher mastectomizada em uso de prótese**. Salvador. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2004. Tese de dissertação
- AZEVEDO, R. F; LOPES, R. L. M. Conceção de Merleau –Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v.63, n. 6, p. 1067-1070, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. **Controle do câncer de mama: Documento de consenso**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>> Acesso em: 31/05/2014
- BVS- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Onde se Tratar de Câncer pelo SUS**, 2007. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/133cancer_sus.html>. Acesso em: 18 de maio de 2013.
- BIFULCO, V. A; FERNANDES JUNIOR, H. J; BARBOZA, A. B. **Câncer: Uma visão multiprofissional**. Barueri, São Paulo. Minha Editora, 2010.
- BOGDAN, R.C; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. 3ed. Boston: Ally and Bacon; 1998.
- CANTINELLI, F. S; CAMACHO, R. S; SMALETZ, O; GONSALES, B. K; BRAGUITTONI, E; RENNÓ JUNIOR, J. A oncopsiquiatria no câncer de mama--- considerações acerca do feminino. **Revista Psiquiatria Clínica**. v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.
- CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez; v.15, n.4, p. 679-84, 2006.

CASH, T; T, PRUZINSKY. **Body image: a handbook of theory, research and clinical practice**. New York/ London. Guilford Press, 2002 p. 3-12

CASTRO, E. D; LIMA, E. M. F. A; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo. Plexus: p. 41-59, 2001. In OTHERO, M. B; **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. São Paulo: Roca, 2010.

CARVALHO, U. C. S.A necessária atenção à família do paciente oncológico.**Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.54, n.1, jan/fev. 2008, p.87-96

CHIATTONE, H. B. C.Uma vida para o câncer.In Angerami- Camon V.A, organizador. **O doente, a psicologia e o hospital**.Sao Paulo Pioneira; p.88-109, 1992.

COLLINS, L. G; NASH, R; ROUND, T; NEWMAN, B. Perceptions of upper body problems during recovery from breast cancer treatment.**Support Care Cancer**. v. 12; n.2; p. 106-113, Feb, 2004.

COUSSO-GELIE, F. M; BRUCHON-SCHEWITZER, DILHUYDY, J. M. Do anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A ten –year follow up Study.**Psychosomatics**. v.48; n.3; p.211-216,2007.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C; PALM, R. C. M. Terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional- reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 1, p.3-28.

DUARTE, T. P; ANDRADE,Â.N.Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.**Estudos de Psicologia**, v. 8,n.1, p. 155-163, 2003

FARAGO, C. C; FONFOCA, E. **Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações**.

FERNANDES, A.F. C; MAMEDE, M. V.**Cancer de mama: mulheres que sobreviveram**. Fortaleza: Editora UFC; 2003.

FOBAIR, P;STEWART, S. L; CHANG, S; D'ONOFRIO, C; BANKS, P. J; BLOOM, J. R.Body image and sexual problems in young women with breast cancer. **Psycho-Oncology**.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S. Analisis of coping in a middle-aged community sample. **JournalofHealtlyand Social Behavior**. v.21; p.219-239, 1980.

FURTADO, S. B; LÔBO, A. S; SANTOS, M. C. L; SILVA, A. P. S; FERNANDES, A. F. C. Compreendendo sentimentos das enfermeiras acerca do câncer de mama. **Revista Rene**. v. 10; n.4; p.45-51,2009.

GARRUSI, B; FAEZEE, H. How do Iranian women with breast câncer conceptualize sex and body image? **SexualityandDisability**. v. 26; n.3; p.159-165, 2008.

GOMES, R. **Manual de Oncologia Básico**. Editora Revinter, 1997.

GOMES, R;SKABA, M. M. V. F. & VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Caderno de SaúdePública**. v. 19; n.1;p.197-204; 2002.

HOPE. College of OcupationalTherapits. Occupational Intervetion in Cancer. London: CollegeodOccupationalTherapists. 2004, 24p. In OTHERO, M. B; **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap 4. São Paulo: Roca, 2010.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>> Acesso em: 18 de Maio de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Incidência de câncer no Brasil**. 2012Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/> Acesso em 18 de Maio de 2013

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DE MAMA. **Programa Nacional do Câncer de Mama**; 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc_ma_ma.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee> Acesso em: 18 de Maio de 2013.

JESUS, LLC, LOPES, RLM. **Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher**. Revistade Enfermagem. UERJ 2003; 11:208-11.

LIM, J. Sexuality of woman after mastectomy.**Annals of the Academy of Medicine**. Cingapura. v.25; n. 5; p.660-662,1995.

MACRAE, N.**Sexuality and aging**. In R. H. Robnett& W. C. Chop (Eds.),

Gerontology for the Health Care Professional (pp. 235–258). Sudbury, MA:

Jones and Bartlett.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MERLEU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

MONTEIRO, M. **Psicologiaet al (1995)**, volume I, Porto Editora,1995. 330p

NEISTADT, M. E; CREPEAU, E. B. Introdução a Terapia Ocupacional. In **Terapia Ocupacional Willard & Spackman**. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro p. 3-10, 2002.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa- características, usos e possibilidades, 1996. **Cadernos de pesquisas em administração**, São Paulo v. 1, n.3, 2º SEM./1996.

OTHERO, M. Os sentidos do cotidiano. Desafio no cuidado aos idosos e o papel do terapeuta ocupacional . Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/cid8.htm>>. Acesso em: 10/ abril/2008. In OTHERO, M. B. **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap. 4. São Paulo: Roca, 2010.

OTHERO, M. B. **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. São Paulo: Roca, 2010.

PALM, R. D. C. M. Terapia Ocupacional em Oncologia e Cuidados Paliativos. In OTHERO, M. B; **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap. 4. São Paulo: Roca, 2010.

PALMEIRA, G. A. Psique e câncer. 1997. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v.46, n.3. p. 157-162

PENGO, M. M. M. B; SANTOS, W. A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: DE CARLO, M. R. P; LUZO, M. C. M. **Terapia Ocupacional- reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca. Cap 10, p. 233-255, 2004. In OTHERO, M. B. **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap. 4. São Paulo: Roca, 2010.

PILKER, V; WINTEROWD, C. Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. **Health Psychochology**. v.22; n.6; p. 632-637, 2003.

QUEIROZ, M. E. G. Terapia Ocupacional. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Cuidado Paliativo. OLIVEIRA, R, A. (org). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. P.67-68, 2008. In OTHERO, M. B. **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap. 4. São Paulo: Roca, 2010.

QUINTANA, A. M; SANTOS, L. H. R; RUSSOVSKY, I. L. T; & WOLF, L. R. Negação e estima em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.45; n.4; p.45-52, 1999.

ROWLAND, J. H; MASSIE, M. J. Breast câncer. **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Pres; p.380-401, 1998.

SALCI, M. A; MARCON, S. S.A convivência com o fantasma do câncer. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 31; n. 1; p.18-25, 2010.

SANITT, J. S. Breast reconstruction: a patient's story. **The Breast Cancer in Young Women**. v.15; (Suppl.2); p.s31-s33, 2006.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história, 2000. In GIMENES, M.G.G & FÁVERO, M.H. (Orgs.) **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno.

SANTOS, D. B. **Sexualidade e imagem corporal de mulheres com câncer de mama**. 245p. Dissertação (Doutorado em enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. [Orientadora: Elisabeth Meloni Vieira]

SANTOS, D. B; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16; n.5; p.2511-2522, 2001.

SCATOLIN, H. G. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. **Revista São Paulo**, v.21, n. 1, p.115-120, 2012. Resenha

SEIDL, E. & GIMENES, M. G. G. A prática do auto-exame na prevenção do câncer de mama. 1997. In GIMENES, M.G.G & FÁVERO, M.H. (Orgs.) **A mulher e o câncer**.(pp.260-290). Campinas: Editorial Pay.

SHEPPARD, L. A; ELY, S; Breast Cancer and Sexuality. **The Breast Journal**. Australia. v.14; n. 2; p.176-181, 2008.

SPEER, J. J; HILLENBERG, B; SUGRUE, D. P; BLACKER, C; KREUGE, C. L; DECKER, V. B; ZAKALIK, D; DECKER, D. A. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. **Breast Journal**. v. 11; n.6; p.440-447, 2005.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr/jun. 2008.

SILVA, G; SANTOS, M. N. “Será que não vai acabar nunca?” Perscrutando o universo do pós- tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Jul/Set; v. 17, n.3, p. 561-568.

SILVA, T. B. C; SANTOS, M. C. L; ALMEIDA, A. M; FERNANDES, A. F. C. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação a convivência pós-cirurgia. **Revista Esc. Enfermagem USP**. v.44; n.1 p.113-119, 2010.

SUMSION, T. Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: guia para implementação. Tradução. Vagner Raso. São Paulo : Roca. 2003. In OTHERO, M. B; **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia**. Cap. 14. São Paulo: Roca, 2010.

TAVARES, J. S. C; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005; v. 21; n.2; p. 426-435.

TIEZZI, D.G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, v.29, n.8, p. 428-434, 2007.

THOMPSON, J. K; HEINBERG, L. J; ALTABE, M; TANTLEFF-DUNN, S. (1999). **Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance.** Washington, D. C: American Psychological Association. A contemporary and comprehensive volume detailing theory and research on body image.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública** v.39, n.3, p.507-514, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

VENDUSCULO, L. M. **Capacidade Funcional e Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico.** Ribeirão Preto, 2011. Tese de Dissertação de Mestrado. 104p.

VICTORA, C. G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.

VILELA, W. V; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In **Panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** BERQUÓ, E.; Campinas: Editora Unicamp. p. 95-150, 2003.

9. APÊNDICE A–Roteiro de Entrevista

PROJETO: A IMAGEM CORPORAL E A INFLUENCIA NA SEXUALIDADE DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

Dados da Entrevistada:

Nome: _____ Idade _____

Profissão: _____ Escolaridade _____

Estado Civil: _____ Número de filhos _____

Tipo de cirurgia: _____

Data da cirurgia: _____

Outros tratamentos: _____

1. Antes de ter adoecido como você se via, que imagem tinha de si mesma? E após a mastectomia?
2. Como você se enxerga ao olhar no espelho? Você se considera uma pessoa atraente fisicamente?
3. Após a doença, houve mudanças em sua sexualidade? De que forma?
4. Você relaciona as mudanças na sexualidade com o quê? Você acha que a forma que você se vê interfere na sua sexualidade?

10. APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

A Senhora está sendo convidado a participar da pesquisa “A Imagem Corporal e a Influencia na Sexualidade de Mulheres Mastectomizadas” .

O objetivo desta pesquisa é: analisar se a imagem corporal de mulheres que realizaram a mastectomia, influencia na vivência da sexualidade; além de estudar se existe alguma alteração da imagem corporal em função da mastectomia e se há a modificação na sexualidade e existindo essa alteração identificar qual a relação.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista individual, na data combinada, com um tempo estimado de uma hora. A entrevista será gravada, transcrita e analisada posteriormente. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Ms^aLeticia Meda VendrusculoFangel, telefone: 83549533.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

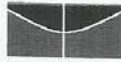
Pesquisadora

Vanessa Peregrino Pereira

Pesquisador Responsável: Ms^aLeticia Meda VendrusculoFangel

Brasília, ____ de _____ de _____

11.ANEXO C



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **225/13**

Título do Projeto: “A Imagem Corporal e a influencia na sexualidade de mulheres mastectomizadas”

Pesquisador Responsável: Leticia Meda Vendrusculo Fangel

Data de Entrada: 08/08/2013

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **225/13** com o título: “A Imagem Corporal e a influencia na sexualidade de mulheres mastectomizadas”, analisado na 10ª Reunião Ordinária, realizada no dia 10 de Setembro de 2013.

O (a) pesquisador (a) responsável fica, desde já, notificado(a) da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente.

Brasília, 11 de Outubro de 2013.

Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP-FS-UNB

Prof. Natan M. S. S. S.
Coordenador do CEP-FS/UnB